Définitions et étiologie

Anémie microcytaire

■ **Anémie si :**
– Homme < 13 g/dL
– Femme < 12 g/dL
– Grossesse < 11 g/dL
■ **Anémie microcytaire (VGM < 80 fL) :**
■ **Carence en fer (1re cause mondiale) :**
– Saignement chronique, malabsorption, besoins augmentés
– Ferritine basse, transferrine haute, saturation basse
■ **Anémie inflammatoire :**
– Cancer, infection chronique, maladie auto-immune
– Ferritine normale ou haute, transferrine basse

Anémie normo- ou macrocytaire

■ **Anémie normocytaire arégénérative :**
– Insuffisance rénale, inflammation débutante
– Aplasie médullaire, envahissement médullaire
■ **Anémie macrocytaire arégénérative :**
– Carence en vit. B12 ou folates (vit. B9)
– Hypothyroïdie, alcoolisme, cirrhose
■ **Anémie régénérative = destruction ou perte de globules rouges**

Anémie hémolytique

■ Haptoglobine basse, bilirubine libre haute, LDH haute
■ Réticulocytes hauts, frottis sanguin
■ **Causes corpusculaires (congénitales) :** drépanocytose (hémoglobine S), thalassémie, sphérocytose héréditaire, déficit en G6PD
■ **Causes extracorpusculaires (acquises) :**
– Auto-immune (test de Coombs positif)
– Mécanique : microangiopathie (schizocytes), paludisme

Clinique et signes de gravité

■ **Syndrome anémique :**
– Pâleur des muqueuses, asthénie, tachycardie
– Souffle systolique fonctionnel, dyspnée d'effort
■ **Signes de mauvaise tolérance = urgence :** dyspnée de repos, angor, hypotension, tachycardie > 120/min, vertiges, lipothymie, trouble de conscience → TRANSFUSION

SDD 217 : Baisse de l'hémoglobine

Définitions et étiologie — Examens paracliniques — Clinique et signes de gravité — Prise en charge

Examens paracliniques

Anémie microcytaire

■ **Bilan de 1re intention :**
– ferritine (réserve en fer) → examen clé
– NFS + réticulocytes
■ **Si ferritine basse → carence en fer confirmée**
■ Recherche de la cause du saignement obligatoire
■ Endoscopie digestive (homme et femme ménopausée)
■ Gynécologie (femme en période d'activité génitale)

Anémie normo- ou macrocytaire

■ **Réticulocytes : arégénérative ou régénérative :**
– Dosage vit. B12 et folates (vit. B9)
– Frottis sanguin : polynucléaires hypersegmentés
– Myélogramme si cause non évidente
– Test de Coombs si hémolyse suspectée

Prise en charge

Anémie microcytaire

■ Fer par voie orale à jeun pendant 3 mois minimum
■ Contrôle de la numération à 10 jours (crise réticulocytaire)
■ Arrêter quand ferritine normalisée
■ Fer intraveineux si intolérance orale ou insuffisance rénale chronique
■ **Anémie inflammatoire :**
– Traitement de la maladie causale en priorité
– Érythropoïétine si insuffisance rénale
■ **Transfusion si mauvaise tolérance hémodynamique**

Anémie normo- ou macrocytaire

■ **Carence en vit. B12 :**
– Vit. B12 par voie intramusculaire (1 000 µg/j × 1 sem, puis 1/sem × 1 mois) puis 1 000 µg/mois à vie
– Maladie de Biermer : surveillance endoscopique (cancer gastrique)
■ **Carence en folates (vit. B9) :**
– Acide folique par voie orale pendant 1 mois
– Ne jamais donner vit. B9 seule sans exclure une carence en vit. B12
■ **Anémie hémolytique auto-immune** : corticoïdes

LES INDISPENSABLES



✓ Devant toute anémie microcytaire : ferritine en premier (pas le fer sérique)
✓ Toute carence en fer chez l'homme ou la femme ménopausée = cancer digestif jusqu'à preuve du contraire → endoscopies obligatoires
✓ Ne jamais administrer de l'acide folique sans avoir dosé la vit. B12 (risque de déclencher une sclérose combinée de la moelle)